

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

383

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 9 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Gaston FEUCHÈRE

Né à Douai (Nord), le 12 Juin 1867

TRAITEMENT PRÉCOCE

DE LA

PROSTATITE

TUBERCULEUSE

par l'Incision Périnéale et le Curettage de la Prostate

Président : M. LE DENTU, professeur.

M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. BOUILLY { Agrégés.
GILBERT }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1895

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 9 Juillet 1895, à 1 heure

PAR

Gaston FEUCHÈRE

Né à Douai (Nord), le 12 Juin 1867

TRAITEMENT PRÉCOCE

DE LA

PROSTATITE

TUBERCULEUSE

par l'Incision Périnéale et le Curettage de la Prostate

Président : M. LE DENTU, professeur.

M. RAYMOND, professeur.

Juges : { MM. BOUILLY } *Agrégés.*
 { GILBERT }

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1895

385

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	SEE (G.)
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
	GRANCHER.
Maladies des enfants.....	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....	TILLAUX.
	BE GER.
Clinique chirurgicale.....	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrévés en exercice

MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	GAUCHER.	NETTER.
ANDRÉ.	GILBERT.	POIRIER, chef des
BALLET.	GLEY.	trav. anatomiques.
BAR.	HEIM.	QUENU.
BRISSAUD.	JALAGUIER.	RETTERRER.
BRUN.	LEJARS.	RICARD.
CHANTEMESSE.	LETULLE.	ROGER.
CHARRIN.	MARFAN.	SCHWARTZ.
CHAUFFARD.	MARIE.	SEBILLEAU.
DEJERINE.	MAYGRIER.	TUFFIER.
DELBET.	MENETRIER.	VARNIER.
FAUCONNIER.	NELATON.	VILLEJEAN.
		WEISS.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*Témoignage de ma profonde reconnaissance
et de ma vive affection.*

A MA SOEUR

Affectueux attachement.

A MES AMIS

A MON EXCELLENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE LILLE

PRÉFACE

Si l'on ne connaît que depuis le commencement du siècle, grâce au efforts de Louis, de Cruveilhier et de Rokitansky, la tuberculose de la prostate, il y avait longtemps que l'on connaissait l'importance et la fréquence des lésions tuberculeuses de la prostate, seules ou associées à des lésions semblables du côté du testicule et de la vessie. Le perfectionnement des méthodes cliniques d'investigation par le rectum et par l'urèthre, la recherche si précise des bacilles tuberculeux, ont permis de diagnostiquer plus au début des lésions tuberculeuses, et par conséquent, de leur apporter plus tôt une médication efficace.

Et cependant, si l'on s'en reporte à l'histoire du traitement de la tuberculose prostatique, on voit qu'autrefois il était bien peu de chose ; on soignait surtout l'état général du malade et l'on intervenait activement que si un abcès volumineux trop saillant au périnée ou au rectum nécessitait un coup de pointe.

Plus tard on essaya de prévenir la formation des fistules en attaquant l'abcès au début, et l'on sait quelle vogue eut l'incision rectale, mais aussi quels déboires elle a donné.

Monsieur le professeur Segond a réglé la question et a montré, si l'on voulait arriver sur la prostate, quels avantages présentait la voie périnéale, de préférence à la rectale. De plus, les faits de Guyon, Bouilly, Reverdin, Routier, Gaudier, en France ; Marwedel, Dittel, Zuckerkandl, en Allemagne, ont montré le bien fondé de cette opération.

Mais on avait plutôt, ceci se comprend, dirigé l'incision périnéale contre les phlegmons prostatiques et périprostatiques non tuberculeux, en raison de leur plus grande fréquence.

Nous avons essayé, dans cette thèse, de montrer que la tuberculose prostatique, abcédée ou non, est justiciable de l'incision périnéale qui permet d'arriver sur la prostate ou sur l'abcès, et de traiter l'un et l'autre. Déjà Zincke en 1894, avait ébauché ce sujet ; nous l'avons repris en mettant à contribution divers travaux français et allemands dont on trouvera l'indication bibliographique à la table des matières.

Notre étude comprend deux parties : Dans une première, nous montrons, par des déductions anatomiques, que la voie périnéale est la seule à employer pour arriver sur la prostate, qu'elle permet d'y arriver facilement, qu'elle donne une opération bien réglée.

Ensuite, nous passons rapidement en revue l'anatomie pathologique et la symptomatologie de la tuberculose prostatique.

Dans une seconde partie consacrée au traitement, nous analysons les différents cas de tuberculose prostati-

que traités par l'incision prérectale, et nous finissons par un chapitre de médecine opératoire comprenant : l'incision périnéale, et le curettage de la prostate ; quelques mots sur la conduite à tenir lorsque la vésicule séminale et la vessie sont envahies par le processus tuberculeux.

Il est une dette de reconnaissance que nous avons à payer à notre excellent ami le D^r H. Gaudier, ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Lille. Il a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail, et c'est grâce à ses conseils éclairés, grâce à ses savantes recherches que nous avons pu le mener à bonne fin. Qu'il reçoive ici l'assurance de notre sincère amitié.

A nos autres amis, Messieurs Ingelrans et Katz, nous adressons nos remerciements pour le concours qu'ils ne nous ont pas ménagé à l'occasion de nos traductions allemandes.

Que notre éminent et sympathique maître, Monsieur le professeur Le Dentu, qui a bien voulu présider notre thèse, veuille bien aussi accepter l'hommage de notre vive reconnaissance.





Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553815_0041

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE PREMIER

Prostate et Périnée

Le prostate est une glande en grappe enveloppant de toute part le col de la vessie et traversée par le canal de l'urèthre. Obliquement dirigée de haut en bas et d'avant en arrière, elle présente sa base en haut. Son volume est essentiellement variable suivant les âges et lorsqu'elle contient des tubercules il est sensiblement augmenté. En général elle a la forme et le volume d'une châtaigne. Les dimensions d'une prostate d'adulte sont de 28 m/m de longueur sur 40 m/m de largeur.

Elle est située au dessous de la vessie, au dessus de l'aponévrose périnéale moyenne, derrière la symphyse pubienne, en avant de l'ampoule rectale et contenue dans une loge fibreuse : la loge prostatique.

La face postérieure ou rectale de la prostate, celle par laquelle nous l'aborderons dans l'opération du curettage, repose directement sur la paroi antérieure du rectum dont elle est séparée par une couche celluleuse assez lâche

et un feuillet aponévrotique : l'aponévrose prostatopéritonéale de Denonvilliers. Sur la ligne médiane on voit un sillon vertical qui divise cette face en deux lobes, l'un droit, l'autre gauche ; en haut, ce sillon présente une échancrure toujours très accusée ; en bas on le voit mourir sur le sommet de la prostate situé à 3 centimètres de l'anus.

Cette face est lisse à l'état sain et de consistance fibreuse ; mais dans le cas de tuberculose, en pratiquant le toucher rectal, on la sentira dure, bosselée, inégale.

Les faces latérales de la prostate sont en rapport avec le bord interne du muscle releveur de l'anus dont les sépare l'aponévrose pubio-prostatique.

La base, très obliquement coupée en bas et en avant, est en rapport avec les vésicules séminales et les canaux déférents. Le sommet tronqué fait suite à la portion membraneuse de l'urèthre.

Nous voyons donc que la prostate est contenue dans loge présentant six parois : une postérieure, l'aponévrose prostatopéritonéale ; deux latérales, les deux aponévroses pubio-prostatiques ; une inférieure, l'aponévrose périnéale moyenne et enfin une supérieure, incomplète, qui permet à la prostate des rapports directs avec le col de la vessie, les vésicules séminales et les canaux déférents.

Il y a quelques rapports anatomiques que nous devons avoir plus particulièrement présents à la mémoire dans l'exécution de la taille périnéale ; ce sont ceux que la prostate affecte avec le rectum, l'urèthre, les vésicules séminales, le péritoine.

Nous avons déjà montré que toute la face postérieure de la prostate est en rapport avec la face antérieure du rectum dont la sépare l'aponévrose de Denonvilliers.

Examinons maintenant quel est le trajet de l'urèthre dans la prostate.

Le canal de l'urèthre traverse la prostate obliquement de haut en bas et d'arrière en avant ; il est beaucoup plus rapproché de sa face antérieure que de sa face postérieure. Il est important de connaître la distance qui nous sépare du canal quand, avec la curette, nous abordons la face postéro-inférieure de la glande.

Cette distance moyenne est d'environ 18 à 20 millim. sur une prostate saine d'adulte pour le quart supérieur de la glande ; elle diminue à mesure que l'on s'approche du bec.

De la direction même du canal de l'urèthre dans la prostate nous pouvons tirer cette conclusion : Il nous est possible de curetter les trois quarts de la glande sans toucher au canal, puisqu'il la traverse à l'union de son quart antérieur avec ses trois quarts postérieurs. Chez certains sujets dont l'urèthre se creuse un simple sillon sur la face antérieure de la prostate, il sera possible d'enlever la presque totalité des lésions.

Les vésicules seminales sont intimement unies par leur extrémité inférieure à la base de la prostate, il en est de même des canaux déférents ; il est aisé de voir qu'une tuberculose prostatique se propage avec facilité à ces organes ou réciproquement.

Pour terminer ce qui a trait à la prostate, disons

qu'elle est traversée de haut en bas et d'arrière en avant par les canaux éjaculateurs.

Peut-on en pratiquant le curettage de la prostate intéresser le péritoine ?

Cette question qui a donné lieu à de nombreux travaux semble maintenant résolue : à l'état de moyenne réplétion la séreuse ne recouvre pas entièrement la face postérieure de la vessie.

Il existe entre les deux vésicules séminales, un espace triangulaire, au niveau duquel la base de la vessie correspond directement à la paroi antérieure du rectum. Le cul-de-sac vesico-rectal descend dans l'état de réplétion de la vessie à 8 centimètres environ de l'anوس et dans le cas de vacuité à 6 centimètres.

Dans quelques recherches personnelles faites à ce sujet, nous avons trouvé que même lorsque la vessie est vide le cul-de-sac du péritoine ne recouvre que la moitié supérieure des vésicules seminales sans jamais atteindre la prostate.

Nous pouvons donc conclure que lorsque nous rencontrerons la prostate avec notre curette nous ne courrons pas risque d'intéresser le péritoine.

Pour arriver sur la prostate par l'incision périnéale nous avons à traverser les nombreuses couches musculaires etaponévrotiques qui font partie du plancher du bassin.

Nous allons nous borner à indiquer rapidement les différents plans que le bistouri rencontre en allant de la superficie à la profondeur.

La première couche sectionnée est la peau, assez mince au pourtour de l'anus grâce aux fibres longitudinales du rectum qui se fixent à sa face profonde.

Le fascia superficialis, contenant entre ses deux feuillets un plexus veineux parfois important et une quantité plus ou moins considérable de tissu adipeux qui par son abondance peut augmenter la distance périnéo-prostatique.

L'apsnévrose périnéale superficielle.

Une première couche musculaire, sphincter externe de l'anus, transverse superficiel, ischiocaverneux, bulbo caverneux.

L'aponévrose périnéale moyenne : plan musculofibreux de forme triangulaire. Ses deux bords latéraux se fixent à la lèvre interne de la branche ischiopubienne, sa base concave s'arrête à la ligne bischiatique et se continue en bas avec l'aponévrose prostatopérinéale.

Une seconde couche musculaire qui ne comprend qu'un muscle : le releveur de l'anus. Il remplit l'espace laissé libre par le rectum et la prostate. Il naît de la face postérieure du pubis ; ses fibres les plus antérieures forment un bord interne nettement limité, qui contourne la prostate sans y adhérer et se portent sur les parties latérales du rectum ; ses fibres postérieures se fixent au raphé ano-coccygien.

Un dernier plan aponévrotique, l'aponévrose prostate-péritonéale, étendue du péritoine à la prostate, la sépare du rectum.

Si nous considérons ces divers plans anatomiques, au

point de vue qui nous intéresse, nous voyons qu'après avoir sectionné la peau, le *fascia superficialis*, la première couche musculaire, nous pouvons abandonner le bistouri.

En effet quoi de plus facile que de décoller avec le doigt la paroi antérieure du rectum, de pénétrer en la suivant dans le triangle uréthrorectal qui ne contient que du tissu celluloadipeux, de refouler en haut le bord postérieur de l'aponévrose périnéale moyenne qui se laisse facilement écarter, ce qui permet d'éviter la blessure des vaisseaux importants qu'elle contient.

Quant au muscle releveur de l'anus, n'avons nous pas vu que son bord interne n'adhère pas aux faces latérales de la prostate. Il est donc aisé de l'écarter largement et le doigt n'est plus séparé de la face postérieure de la prostate que par l'aponévrose de Denouvilliers, qui dans le cas de tuberculose prostatique, fait tellement corps avec la glande malade qu'il est nécessaire de l'enlever à la curette. Il est évident que l'épaisseur du périnée est variable d'un individu à l'autre et qu'il est impossible de donner des chiffres exacts et applicables à tous les cas. On pourra du moins se rappeler que le sommet de la prostate est distant de l'anus d'environ 3 centimètres chez l'individu sain.

Par suite de l'hypertrophie que subit la glande quand elle est infiltrée de tubercules, on conçoit facilement qu'elle tend à se rapprocher du périnée et que l'on arrivera plus facilement sur une prostate malade.

La glande est en rapport par sa face antérieure avec un plexus veineux important, le plexus de Santorini ; ses

faces latérales sont en rapport avec le plexus vésico-prostatique formé par les canaux veineux issus de la glande. Ces plexus sont parfois très volumineux et peuvent créer des difficultés opératoires.

La face postérieure n'est en rapport qu'avec quelques canaux veineux qu'il est facile d'écarter.

En incisant le périnée, nous ne rencontrons qu'une artère dans la première couche musculaire, la périnéale superficielle.

L'artère honteuse interne, la transverse du bulbe, situées entre les deux feuillets de l'aponévrose moyenne seront écartées du champ opératoire à l'aide de valves en même temps que cette aponévrose.

Nous pouvons en terminant ce rapide exposé, tirer quelques conclusions qui découlent de ce que l'anatomie vient de nous apprendre.

L'incision doit se rapprocher autant que possible du rectum. Faite à 2 centimètres en avant de l'anus, elle évitera la blessure de vaisseaux importants du périnée, puisqu'elle permettra de refouler des organes tels que l'aponévrose périnéale moyenne, le bulbe de l'urèthre.

Elle permettra au doigt de pénétrer dans le triangle uréthrorectal, de décoller facilement la paroi antérieure de l'intestin jusqu'à la prostate. d'aborder cette glande par sa face postéroinférieure et, après avoir placé deux valves vaginales qui écarteront largement les deux lèvres de la plaie, de voir nettement les lésions.

CHAPITRE II

Prostate tuberculeuse

La tuberculose de la prostate est loin d'être rare, mais elle est associée, le plus souvent, à une tuberculose génitale.

La prostate tuberculeuse est augmentée de volume. Cette augmentation porte sur la glande entière ou plus spécialement sur un de ses lobes.

Quand un testicule est tuberculisé et que la prostate est prise, ordinairement le lobe correspondant est plus volumineux.

La face postérieure de l'organe, qui, à l'état normal, mesure environ 4 centimètres de diamètre transversal, a de 5 à 6 centimètres ; la longueur augmente dans les mêmes proportions ; au lieu de mesurer 3 centimètres, elle a de 4 à 5 centimètres.

Lorsque la glande est en partie détruite par l'évacuation de son contenu caséeux, lorsqu'elle est réduite à l'état de coque, il y a formation de tissu conjonctif sous les bourgeons charnus et rétraction de l'organe.

La prostate tuberculeuse est déformée, le sillon de sa face postérieure a disparu, elle n'est plus lisse, on la trouve mamelonnée, hérissée de nodules plus ou moins durs. A

l'état normal, quand on pratique le toucher rectal, on sent la prostate fibreuse, élastique ; à l'état pathologique, elle est dure, inégale, bosselée, déformée. Elle est enveloppée d'une couche compacte de tissu fibreux dont l'adhérence est telle qu'elle ne peut être détachée des parties voisines que par le scalpel.

Les vésicules seminales sont ordinairement tuberculeuses et enveloppées par la même couche fibreuse ; on les trouve, épaissies, indurées. Au début, leur consistance est dure ; peu à peu, elles se ramollissent, leurs parois s'abcèdent, une fistule se forme, qui vide la caverne soit dans un clapier prostatique, soit dans le rectum.

Du côté de ce dernier organe, il y a souvent des adhérences nombreuses et la prostate lui est intimement unie par du tissu fibreux. La muqueuse rectale est épaissie, présente parfois des ulcérations au niveau des trajets de communication que l'on rencontre fréquemment à la base de la glande.

Il est fréquent de rencontrer sur une même prostate, tous les degrés de la tuberculisation : tubercules crus, noyaux caséux, masses ramollies, cavernes et fistules.

La formation initiale est la granulation grise. Elle se montre sous forme de noyaux arrondis, séparés les uns des autres par du tissu sain.

La granulation jaune, en voie de ramollissement, est plus fréquemment observée ; ces nodules agglomérés en masses caséuses jaunâtres, se transforment en un noyau puriforme, et constituent un petit abcès tuberculeux.

Quand le ramollissement affecte toute la masse, la prostate est réduite à une coque fibreuse, tapissée par une membrane pyogénique, remplie d'un liquide purulent, visqueux, jaunâtre.

Les masses caséeuses que l'on rencontre dans la prostate, sont irrégulièrement réparties, on les rencontre aussi bien à la base qu'au sommet ; mais elles semblent avoir comme siège de prédilection, les parties périphériques de la glande.

Lorsque survient la période de ramollissement, rien n'est plus variable que le trajet suivi par les fistules.

La prostate affectant des rapports avec l'urèthre, le rectum et le périnée, c'est vers l'un de ces organes que le pus se frayera une voie, et nous aurons à reconnaître l'existence soit d'une fistule uréthro-prostatique, soit prostatorectale, soit prostatopérinéale.

La perforation du canal de l'urèthre est souvent due à la fonte d'amas de plaques caséeuses occupant le tissu sous-muqueux de la portion prostatique. Parfois, elle est consécutive à la marche progressive d'une petite caverne vers le canal. L'orifice de la fistule est plus ou moins large ; il peut avoir plusieurs millimètres de diamètre et peut, dans ce cas, arrêter le bec des sondes dans le cathétérisme. Cette fistule n'a aucune tendance à la guérison, et expose le malade aux infections septiques et à l'infiltration urinaire.

Lorsque la suppuration est le résultat de la fonte tuberculeuse d'une portion de la glande, le malade est

exposé à ce qu'il s'établisse une communication anormale entre la prostate et le rectum.

Cette fistule donne lieu à l'écoulement d'une certaine quantité de pus par l'anus, et, lorsqu'il existe une fistule uréthroprostatique au passage de l'urine dans le rectum, ou de gaz par l'urèthre.

Le toucher montre l'existence d'une dépression de la muqueuse adhérente à la prostate, et bordée de lèvres irrégulières, indurées et saillantes ; la pression, en ce point, est douloureuse.

La fistule peut s'ouvrir au périnée, et le cas est fréquent. L'orifice est situé soit à une certaine distance de l'anus, soit à quelques millimètres de cet organe, et il est parfois difficile de distinguer cette dernière fistule du trajet perineo-rectal.

L'exploration avec un stylet peut éclairer le diagnostic en montrant la direction du conduit ; et s'il y a communication avec l'urèthre à travers une caverne prostatique, on notera un écoulement d'urine par la fistule.

La tuberculose prostatique est fréquente mais elle est rarement isolée ; elle accompagne presque toujours la tuberculose génitale et urinaire.

On a pu réunir que quelques observations dans lesquelles la prostate était seule atteinte. Béraud la constata dans une autopsie. M. le Professeur Le Dentu dans sa pratique a examiné un sujet qui ne présentait que des lésions prostatiques, mais qui n'a pas été vu depuis.

En général, il y a souvent lésion prostatique et lésions génitales et urinaires.

La tuberculose atteint un épидidyme, le canal déférent, la prostate et les vésicules seminales ; ou la glande présente des lésions avancées et on ne trouve qu'un point d'induration épидidymaire. Les organes génitaux peuvent être intacts, il y a tuberculose prostatique vésicale et rénale.

M. Villard (thèse de Lyon 1894) montre que la tuberculose génitale et prostatique est relativement bénigne ; dans la moitié des cas, les sujets ont leurs poumons indemnes, ce qui ne les empêche pas de succomber plus tard à l'envahissement du tissu pulmonaire par le bacille de Koch, si une intervention rapide ne vient les débarrasser du foyer d'infection. M. le Professeur Le Dentu, dans son traité des maladies des voies urinaires, étudie la fréquence des lésions pulmonaires par rapport aux lésions génitales.

Sur 30 sujets atteints du côté de leurs organes génito-urinaires, 16 faisaient de la tuberculose pulmonaire, 14 étaient indemnes.

Nous pouvons donc conclure, en nous appuyant sur les recherches faites à ce sujet, que la tuberculose pulmonaire n'est associé à la tuberculose génito-urinaire que dans la moitié des cas.

CHAPITRE III

Symptomatologie

Notre intention n'est pas de nous arrêter sur les nombreux symptômes que présente la tuberculose prostatique ; nous nous bornerons à indiquer les principaux, ceux qui permettront au praticien de faire rapidement un diagnostic. Nous insisterons sur les phénomènes de début, car c'est dans ce cas qu'une intervention précoce peut rendre les plus grands services.

La tuberculose de la prostate étant rarement isolée, il faut examiner très soigneusement l'état général du malade. L'appareil pulmonaire est-il intact ou présente-t-il des lésions de tuberculose commençante ou avérée ?

Cette question est très importante à résoudre, car à la tuberculose génitale est fréquemment liée la tuberculose pulmonaire ; et, lorsqu'on hésite à porter un diagnostic, la présence de lésions au sommet d'un poumon pourra singulièrement éclairer le praticien.

Si dans la moitié des cas la tuberculose pulmonaire accompagne la tuberculose génitale, on peut dire que cette dernière est presque toujours liée à la tuberculose de la prostate. D'où l'indication d'examiner avec le plus grand soin l'épididyme des prostatiques suspects. Il est bien rare

en effet de le trouver sain ; souvent on sentira un épidyde tuberculisé, augmenté de volume, dur, bosselé ; parfois un seul noyau d'induration occupant la tête de l'organe.

Les symptômes de la tuberculose prostatique peuvent être divisés en deux groupes :

1° Symptômes propres à la cystite qui accompagne toujours la tuberculose de la prostate.

2° Symptômes propres de la tuberculose prostatique.

1° Cystite tuberculeuse accompagnant la tuberculisation de la prostate.

Aucun de ces symptômes n'est pathognomonique ; on les rencontre dans la cystite tuberculeuse alors que la prostate est saine, mais ils accompagnent toujours la tuberculisation de la glande et marquent le début de la maladie.

Un des premiers symptômes que le malade accuse est un écoulement purulent ; il se distingue de l'écoulement blennorrhagique en ce qu'il n'est accompagné ni de phénomènes inflammatoires, ni de douleurs pendant la miction. Le pus provient soit d'une hypersécrétion des glandes prostatiques, soit de l'évacuation dans le canal du contenu des cavernules glandulaires ; il contient des bacilles de Koch.

Les envies fréquentes d'uriner sont une des premières manifestations de la maladie ; elles surviennent jour et nuit, le repos ne les fait pas cesser.

La miction est difficile et s'accompagne de vives douleurs à la fin de l'émission d'urine : le malade éprouve une sensation de brûlure, de chaleur dans la portion profonde du canal, au niveau du col de la vessie.

Parfois il y a rétention complète due à la constriction spasmodique du col. Le malade expulse avec les dernières gouttes d'urine quelques stries sanglantes ; l'hématurie peut avoir lieu entre deux mictions. Le sujet éprouve tout à coup une violente envie d'uriner, et expulse, au milieu des plus vives douleurs, quelques gouttes de sang pur. On a noté de véritables uréthorrhagies.

Les urines sont alcalines. Recueillies dans un vase, elles se partagent en deux couches ; l'une, superficielle, plus ou moins claire, l'autre profonde, formée d'un dépôt épais, contenant souvent des caillots sanguins. Leur odeur est ammoniacale.

2° Prostatite tuberculeuse

Jusqu'ici nous n'avons encore trouvé aucun symptôme propre à la tuberculisation de la prostate ; nous allons demander à l'examen périnéal et surtout au toucher rectal d'éclairer le diagnostic et de nous renseigner sur l'état de la glande.

Le malade ressent du côté du périnée une certaine pesanteur qui augmente pendant la défécation, au point de devenir douloureuse. La région périnéale est sensible à la pression, surtout au voisinage de l'anus.

A la palpation, on sent une tumeur plus ou moins dure, plus ou moins volumineuse, suivant le degré des lésions prostatiques. Lorsqu'il s'est formé une collection purulente due à la fonte des tubercules, on sent la tumeur fluctuante. Le périnée peut être le siège d'ouverture d'une ou plusieurs fistules.

Toucher rectal. — Au début, lorsque la prostate n'est pas encore augmentée de volume ni déformée, elle est douloureuse à la pression, et ce signe, joint aux troubles survenus du côté du col de la vessie et de l'urèthre, nous donnera une forte présomption en faveur de la tuberculose, surtout si un épидидyme est porteur d'indurations caractéristiques.

Il est nécessaire d'insister sur ces symptômes de début car c'est par un diagnostic et un traitement précoces que l'on pourra être le plus utile au malade.

A une période plus avancée, on trouve la face postéro-inférieure de la prostate augmentée de volume, déformée ; le sillon médian a disparu ; elle est parsemée de nodules indurés, formant de petites saillies arrondies et dures.

Certaines portions de la glande se laissent déprimer et donnent une sensation de fluctuation ; ce sont des foyers caséux ramollis.

Un lobe peut être plus développé ; il correspond souvent à une épидидymite du même côté.

Les vésicules séminales et les canaux déférents sont presque toujours atteints. On les sent indurés, se dirigeant obliquement vers la base de la prostate, le canal déférent

plus dur que la vésicule séminale qui paraît injectée au suif (Richet).

A une dernière période, lorsque le pus a fait une destruction presque complète de la glande, on sent la prostate diminuée de volume, mal limitée, scléreuse.

En résumé : Lorsqu'on rencontrera un individu porteur d'un écoulement urétral rebelle, sans aucune réaction inflammatoire, avec symptômes de cystite cervicale (fréquence et difficulté de la miction, parfois rétention d'urine ; urine sanglante et douleur à la fin de la miction); lorsque l'on trouvera chez cet individu, soit des lésions pulmonaires, soit des indurations épидидymaires, il faudra examiner avec soin sa prostate, par le toucher rectal, on aura grandes chances de la trouver tuberculeuse.

Il sera bon de faire l'examen bactériologique du pus urétral.



DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Historique et Observations

Il y a déjà longtemps que les abcès prostatiques et péri-prostatiques ont été ouverts par la voie périnéale, mais les premiers chirurgiens qui ont pratiqué cette opération n'ont suivi cette voie que forcés par l'indication opératoire ; l'abcès formé bombait fortement au périnée, le distendait et son ouverture ne demandait qu'un seul coup de pointe de bistouri.

En 1874, Dittel dans le *Wiener médical Wochenschrift*, publia quelques observations d'abcès de la prostate opérés par la voie périnéale de préférence à la rectale qu'il rejette en raison des nombreux inconvénients qu'elle présente.

Le 22 juillet 1885, Monsieur le Docteur Segond présente à la société de chirurgie un mémoire qui vient confirmer les règles que Dittel avait énoncées.

Il rappelle brièvement le manuel de l'incision des abcès prostatiques par le rectum. « Cette incision reste forcément petite, c'est à vrai dire une simple ponction ; elle ne permet ni lavages, ni drainages, du foyer purulent et le met en communication avec l'intestin ; elle ne présente aucune garantie sérieuse au point de vue du libre écoulement du pus et de l'antisepsie du foyer opératoire. Elle est en outre dangereuse pour le présent en exposant aux hémorrhagies les plus inquiétantes ; elle est enfin, compromettante pour le pronostic d'avenir. » On sait qu'un abcès incisé par le rectum peut s'ouvrir néanmoins dans l'urèthre, et, dans ces conditions, on peut dire que l'opération a favorisé la production d'une fistule uréthrorectale trop souvent incurable.

Monsieur Segond cite trois faits d'hémorrhagies graves après incision rectale qui est une opération insuffisante, septique et dangereuse.

Tout autres sont les caractères de l'incision périnéale. Pour qu'elle réalise les meilleures conditions de succès, elle doit être étendue et transversale. Elle doit répondre trait pour trait au premier temps de la taille prérectale de Nélaton.

Le malade étant placé dans la position de la taille ; il faut inciser la peau, puis les tissus couche par couche dans toute l'étendue de la plaie cutanée jusqu'à ce qu'on ait reconnu le bulbe et coupé les fibres les plus antérieures du sphincter anal. Cela fait, il est prudent de laisser le bistouri pour la sonde cannelée.

Le bulbe est repoussé en avant, et, décollant pour ainsi dire la paroi antérieure du rectum, on chemine facilement jusqu'au foyer purulent que jalonne l'index de la main gauche introduit dans le rectum dès le début de l'opération. L'index gauche accroche le bord supérieur de la prostate et l'abaisse vers le périnée.

M. Segond donne lecture de deux observations très probantes.

La première a trait à un homme de 27 ans, atteint d'abcès de la prostate ouvert dans l'urèthre, mais toujours tendu et fluctuant. Malgré l'intégrité du périnée, malgré l'amaigrissement de la muqueuse rectale, il pratique l'incision périnéale. Guérison complète en un mois.

La seconde observation est celle d'un jeune médecin étranger atteint d'un phlegmon périprostatique fluctuant du côté du rectum sans aucune tendance à fuser vers le périnée. Incision périnéale. Guérison complète.

S'autorisant de ces deux faits et de ses précédentes observations il donne les conclusions suivantes : L'incision des abcès de la prostate par le rectum est une opération passible de quatre objections principales : elle s'exécute sans précaution antiseptiques ; elle est insuffisante ; elle est dangereuse pour le présent par les hémorrhagies qu'elle peut engendrer et dangereuse pour l'avenir en favorisant la production d'une fistule uréthrorectale trop souvent incurable.

L'incision périnéale n'a aucun de ces désavantages. Elle permet, en effet, l'application rigoureuse des

règles de l'asepsie ; elle assure le parfait écoulement du pus ; elle éloigne toute crainte d'hémorrhagie ; et, lorsque l'abcès communique avec l'urethre, elle diminue la gravité du pronostic d'avenir en évitant la production d'une fistule uréthro-rectale par la création d'une fistule uréthro-périnéale.

L'incision large par le périnée est donc l'opération de choix dans le traitement des suppurations prostatiques qui ont de la tendance à s'ouvrir ailleurs que dans l'urèthre. On doit y recourir alors même que le périnée est souple et que les lésions sont localisées au dessus de l'aponévrose moyenne.

Cette opération constitue également une ressource précieuse dans une série de cas graves et invétérés, caractérisés par la présence de clapiers ou de véritables cavernes prostatiques communiquant avec l'urèthre par une ouverture insuffisante pour permettre le libre écoulement du pus et la cicatrisation des foyers purulents.

Depuis le mémoire de M. Segond, un certain nombre d'auteurs ont démontré par des faits à l'appui les avantages de l'incision périnéale au point de vue du traitement des abcès prostatiques.

Mais si les observations d'abcès franchement inflammatoires traités par cette voie abondent, il n'en est pas de même de celles qui relatent la tuberculose prostatique opérée par incision périnéale. Nous n'en connaissons qu'un nombre très restreint et encore avons nous dû en emprunter la moitié aux auteurs étrangers.

La première est due à M. le professeur Guyon (Guilain, thèse de Paris 1885).

Tuberculose vésicoprostatique et testiculaire. Absès tuberculeux de la prostate ouvert par le périnée.

Vankerchove, âgé de 28 ans entre le 16 mars 85 à l'hôpital Necker et occupe le lit n° 40 de la salle Saint-Vincent (service de M. le professeur Guyon).

Ce malade, sans antécédents urinaires a été pris il y a trois mois des accidents suivants :

Hématurie assez abondante à la suite d'une longue marche et cystite intense consécutive ; besoins fréquents d'uriner surtout la nuit ; douleurs violentes pendant toute la durée de la miction.

Les urines sont troubles, purulentes et teintées de sang. A son entrée, le malade a de la rétention ; la vessie remonte jusqu'à l'ombilic, les besoins d'uriner sont incessants, l'urèthre est libre, les deux épидidymes sont durs, bosselés, la prostate ainsi que la vésicule séminale droite présentent également de nombreuses bosselures.

On place aisément à demeure une grosse sonde à béquille et on commence l'évacuation graduelle de l'urine. Le malade est rapidement soulagé et les urines deviennent plus belles.

Le cinquième jour la sonde est supprimée ; mais la rétention reparait aussitôt et après trois jours de cathétérisme, régulièrement répété deux fois dans les 24 heures on est obligé de replacer la sonde à demeure.

Suit une amélioration de quelques jours au bout desquels le malade commence à avoir des accès fébriles, la langue sèche, des frissons. Il n'accuse cependant aucune douleur.

15 Avril. — En examinant le périnée on y remarque une tuméfaction peu volumineuse occupant la ligne médiane ; tuméfaction peu saillante recouverte d'une peau à peine altérée légèrement rosée. Cette tumeur est cependant manifestement fluc-

tuante dans toute son étendue. Le toucher rectal démontre la présence d'une saillie volumineuse également fluctuante.

Les 16 et 17 avril la fluctuation augmente rapidement.

Le 18 on se trouve en présence d'un énorme foyer occupant tout le périnée jusqu'à la racine de la verge et s'étendant en arrière jusqu'à l'orifice anal.

C'est en avant de cet orifice que le foyer purulent est le plus saillant et le plus volumineux.

Le toucher rectal apprend que la paroi antérieure du rectum est repoussée par une collection purulente tellement volumineuse que l'on peut à peine la délimiter. De même qu'au périnée la fluctuation est très superficielle et est très facilement obtenue du périnée à l'intérieur de l'anus.

M. Guyon pratique alors une longue incision verticale de 5 centimètres environ et s'avancant près de l'anus. Cette incision donne issue à environ 500 gr. de pus bien lié. Le doigt introduit par la plaie constate la présence d'une énorme caverne à parois anfractueuses. Un gros drain est placé à demeure et la plaie est traitée suivant la méthode antiseptique.

La fièvre tombe rapidement, l'état général s'améliore et la tuméfaction diminue rapidement.

Le 26, l'écoulement est réduit à presque rien.

La sonde à demeure que le malade avait toujours conservée est enlevée le 26, mais la rétention réapparaît et le malade est obligé de se sonder avec une sonde molle. A partir de ce moment l'état du malade reste stationnaire. Il continue à se sonder très aisément ; les urines ne contiennent plus de sang mais toujours un dépôt assez abondant dans lequel on constate la présence de quelques bacilles de la tuberculose.

Enfin, le 3 août, le malade sort dans l'état suivant :

L'état général s'est légèrement amélioré. Les lésions épидidymaires sont stationnaires. Rien d'apparent du côté des poumons. Il continue à se sonder aisément, mais l'orifice périnéal est resté largement fistuleux. L'introduction du doigt permet de constater l'existence d'une grande caverne à parois indurées qui fournissent

toujours une certaine quantité de liquide séropurulent mais pas une goutte d'urine.

Le 29 juillet 1885 M. Bouilly présente à la société de chirurgie un malade atteint de prostatite tuberculeuse, suppurée et fistuleuse auquel il a pratiqué l'incision périnéale et par cette voie cureté largement la prostate.

Prostatite tuberculeuse suppurée. — Fistules périnéales. Grattage et ablation de la prostate à la cuillère tranchante. — Guérison.

(Bulletin et men. Société de chirurgie 1885-576. Communication du D^r Bouilly).

Le nommé C..., âgé de 42 ans, employé au télégraphe est entré une première fois au mois de mai à l'hôpital Beaujon, service de M^e Labbé, pour une orchio-épididymite tuberculeuse suppurée. Monsieur Schwartz lui pratiqua avec succès la castration du côté droit : la guérison se fit rapidement et sans encombre. Cet homme rentre à l'hôpital à la fin de la même année. Il est blanc, pâle, émacié, et se plaint de ne pouvoir uriner qu'avec les plus grandes difficultés.

La région périnéale en avant de l'anus, est bombée, douloureuse, sans rougeur marquée à la peau ; le toucher rectal révèle une induration et une augmentation de volume de la prostate, qui est extrêmement douloureuse.

La rétention d'urine est presque complète ; quelques gouttes d'urine sont rendues avec la plus vive douleur. La fièvre est vive, à 39° 5 et 40° le soir ; l'état général est mauvais.

Le cathétérisme, pratiqué avec une sonde molle en caoutchouc rouge, permet de vider la vessie en provoquant de vives douleurs. Le 29 juin, l'introduction de la sonde est suivie d'une abondante

évacuation de pus par l'urèthre, de la diminution des douleurs et de la possibilité de la miction spontanée. Néanmoins, le cathétérisme est continué.

Au bout de peu de jours, le 5 juillet, le périnée est rouge et fluctuant ; une incision pratiquée suivant le raphé médian au devant de l'anus, donne issue à une grande quantité de pus fétide.

Dans les jours qui suivent, la miction reste pénible et douloureuse ; le malade se sonde toutes les fois qu'il a besoin d'uriner. Mais les dégâts du côté du périnée vont en s'accroissant. De la première ouverture, part un décollement sous-cutané qui remonte en avant jusqu'à la racine des bourses ; une sonde cannelée introduite dans la profondeur, se dirige vers le rectum, à travers lequel elle peut être facilement sentie.

Une certaine quantité de pus s'écoule toujours par l'urèthre, soit au moment de la miction, soit en dehors de ce moment. L'état général est mauvais ; il y a une véritable fièvre septique ; la situation est très grave. Le diagnostic est évident ; il s'agit d'une prostatite tuberculeuse suppurée avec ouverture spontanée dans l'urèthre et périprostatite ouverte au périnée.

La poitrine ne présente que des signes de congestion sans tuberculose avérée.

Le testicule gauche est sain.

17 juillet. Opération. Anesthésie. Tout le trajet est fendu au thermocautère sur la sonde cannelée depuis l'anus jusqu'à la racine des bourses. Les lèvres de cette plaie écartées, on tombe en avant de la région anale dans une vaste caverne qui remonte très haut le long de la paroi antérieure du rectum. On reconnaît facilement la région bulbeuse de l'urèthre, et à partir de ce point, le canal est entouré de parties indurées et suppurées dans lesquelles il est perdu. Toutes ces parties sont soigneusement grattées à la cuiller tranchante jusqu'à ce que les parois de la loge paraissent saines et résistantes et pendant qu'un doigt fréquemment introduit dans le rectum suit les progrès de l'instrument. Celui-ci ramène de grandes quantités de masses caseuses et ramollies. L'urèthre se trouve isolé de toutes parts, sauf à sa partie supérieure et traverse comme un pont la région grattée et vidée. Il est impossible de voir où

siège la perforation qui fait communiquer le canal avec les parties molles du périnée. Pendant toute la durée du grattage, de fréquentes injections au chlorure de zinc en solution à 5 0/0 sont pratiquées dans la région.

Toute la cavité est bourrée avec de la gaze iodoformée maintenue par du coton et un bandage en T. Une sonde à demeure est introduite dans la vessie.

Cette intervention radicale fut suivie des meilleurs résultats immédiats et définitifs. La fièvre tomba de suite pour ne plus jamais se reproduire ; les douleurs de la miction ne se firent plus sentir. Au bout de 10 jours, la sonde à demeure fut supprimée et remplacée par le cathétérisme répété par le malade à chaque besoin d'uriner.

En quatre mois, après des pansements soit à la gaze iodoformée, soit à la mousseline imbibée de solution phéniquée huilée et après quelques attouchements à la teinture d'iode, la vaste brèche était absolument cicatrisée, sauf un pertuis fistuleux, siégeant à un centimètre en avant de l'anus et pouvant admettre une sonde cannelée.

Le malade sortit de l'hôpital le 2 octobre. Il revint me voir le 28 octobre. La transformation est complète : l'embonpoint est revenu ; les forces et l'appétit sont excellents ; le malade fait des courses, et j'ai peine à reconnaître dans cet homme le malheureux pâle, émacié et menacé d'une mort prochaine, que j'ai opéré à la fin de juillet.

Pendant les mois qui suivirent, jusqu'en juin 1885, cet homme, sur mon conseil, a continué à se sonder régulièrement pour maintenir la dilatation du canal et obtenir l'oblitération de la petite fistule. Des bougies de calibre croissant jusqu'au n° 24 ont été introduites dans le canal. La fistule a été à plusieurs reprises traitée à la teinture d'iode, au nitrate d'argent et cautérisée avec la pointe fine du thermocautère.

Actuellement elle est réduite à un petit trou imperceptible dans lequel on ne peut introduire un stylet de trousse et par lequel suinte, au moment de la miction et pas à chaque fois, une goutte

telette d'urine qui mouille à peine un petit linge que le malade applique sur la région.

La miction est facile et se fait à plein canal ; le cathétérisme est suspendu depuis le commencement de juin 1885.

Cet homme n'a que peu d'érections et il n'a plus d'éjaculation ; double fait qui n'a rien de surprenant avec la suppression d'un testicule et la destruction certaine des canaux éjaculateurs.

L'état général est très bon ; les poumons n'ont jamais donné aucune menace.

L'homme a repris ses occupations d'employé télégraphiste.

La cicatrice périnéale est lisse, solide, étendue de la racine des bourses à l'anus ; le toucher rectal indique dans la région prostatique une résistance dure, ligneuse, dont la présence ne permettrait pas de croire à une destruction aussi complète de l'organe.

Les vésicules séminales paraissent saines. En résumé, je m'aplaudis beaucoup de cette intervention, dans laquelle j'ai traité la prostate tuberculeuse comme un abcès froid et par les procédés qui m'ont déjà donné bon nombre de succès durables.

Dans la séance du 8 octobre 1889 du Congrès français de chirurgie Monsieur le professeur Lé Dentu, dans une communication sur « les résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour la tuberculose locale », cite le cas d'une prostatite tuberculeuse opérée par lui par la voie périnéale au mois de novembre 1888.

Curage d'une prostate tuberculeuse.

Berger (Laurent), rue Lafayette, 143. Jeune homme de 3 ans. Abcès du périnée ouvert l'an passé par M. le Docteur Segond.

Il passe en même temps du pus, par l'urèthre, mais en réalité pas d'urine par la fistule.

Je diagnostique un abcès provenant du lobe gauche de la prostate et je fais le 9 novembre 1888 le curage après agrandissement de la fistule, l'index étant introduit dans l'anus.

Le résultat que j'ai obtenu a été excellent. Cependant ce succès ne m'autorise pas à préconiser le curage de toutes les prostatites tuberculeuses. L'indication de cette opération se tire de l'existence d'une fistule n'ayant aucune tendance à se fermer.

Je croyais avoir été le premier en France à pratiquer cette opération mais je me plais à reconnaître que M. Bouilly a publié un fait semblable en 1885, dans les bulletins de la Société de chirurgie.

La même année Dittel publie un nouveau mémoire sur les abcès de la prostate. Il rapporte de nombreuses observations d'abcès ouverts par l'incision périnéale qu'il reconnaît de plus en plus être l'opération de choix d'accord en cela avec les remarquables travaux de M. Segond qui sont venus confirmer les siens.

Il nous cite deux observations concernant la tuberculose prostatique traitée par voie périnéale.

Observation. — Dittel (Wiener Klin. Wochenschrift 438, 458.)

J. B... coiffeur, 39 ans, né à Vienne. N'a jamais eu de maladies vénériennes. Depuis quelques mois a fait des excès de coït et l'a pratiqué tous les jours.

Le malade a de la toux et des sueurs nocturnes.

Le 9 Mars 1888 après un coït répété, le sujet éprouve une forte douleur dans le canal de l'urèthre avec sensation de brûlure pendant la miction. Il doit s'aliter. Les urines sont foncées ; la miction est horriblement douloureuse et bientôt il y a rétention

d'urine. Le malade est sondé par un médecin ; le cathétérisme est douloureux et pénible.

Les jours suivants, le sujet souffre beaucoup, il éprouve une sensation de pesanteur dans le rectum ; la miction est toujours douloureuse et l'urine n'est émise qu'après les efforts les plus pénibles.

Le 22 Mars il entre dans le service de la clinique.

L'examen du malade nous montre un homme vigoureux, bien bâti. La prostate est grosse comme une noix, de consistance élastique mais très sensible à la pression.

Le 23 mars, les urines sont un peu troubles, elles contiennent des leucocytes. On examine l'état de l'appareil pulmonaire. Au sommet gauche, respiration obscure, murmure vésiculaire considérablement affaibli, expiration prolongée et soufflante, signes stéthoscopiques analogues au sommet droit.

Le soir, température 38° à 38° 5.

Le 24 mars, le malade est endormi au chloroforme. La région périnéale est lavée, rasée et aseptisée. On fait une incision courbe du périnée à environ 5 centimètres en avant du rectum. On arrive sur la prostate, on ouvre l'abcès, on draine, on tamponne à la gaze iodoformée. On place dans l'urèthre une sonde à demeure. Les suites de l'opération sont bonnes ; pas de fièvre.

L'abcès tuberculeux se vide, la plaie se comble par bourgeonnement et la guérison est complète en trois semaines.

Observation. Dittel (Wiener Klin, Wochenschrift, pages 438-458)

L. A..., 15 ans, fils de paysans de l'Autriche inférieure. Bons antécédents héréditaires, Le malade a remarqué que depuis deux ans il évacue difficilement ses urines, mais il ne se doutait pas que c'était un état pathologique. Il a beaucoup maigri et est très anémié. A son entrée à l'hôpital, il urine du pus et du sang, l'émission de l'urine n'est pas douloureuse, sauf à la fin de la miction. Les envies d'uriner sont fréquentes et le sujet ne peut retenir son urine sauf la nuit quand il est couché sur le dos. Il a des sueurs nocturnes, de la toux et il est considérablement émacié.

L'examen de l'urèthre montre qu'il est un peu rétréci, laissant à peine passer le cathéter 15. Derrière l'isthme de l'urèthre, le bec de l'instrument se perd dans une grande cavité séparée du rectum par un tissu cellulaire lâche; un pus grumeleux s'écoule de cette caverne.

En abaissant le cathéter on pénètre dans la vessie, l'urine qu'on en retire est claire.

Par le toucher rectal on sent la prostate augmentée considérablement de volume. Au centre de la glande on trouve une partie facilement dépressible grande comme une pièce de un franc. La pression à cet endroit est douloureuse et provoque l'écoulement par l'urèthre d'une certaine quantité de pus grumeleux.

La région périnéale est empâtée, douloureuse surtout à droite. L'épididyme de ce côté est volumineux et induré.

Le 24 mars, le malade est endormi au chloroforme. On enlève le testicule tuberculeux; puis on fait au périnée une incision courbe en avant de l'anus, on décolle le rectum jusqu'à la face postérieure de la prostate où l'on trouve une poche fluctuante. On ouvre l'abcès, le pus qui s'en écoule est verdâtre, sanguinolent. Drainage du foyer et tamponnement à la gaze iodoformée. Evolution sans fièvre.

En 1891 M. Albarran chez un tuberculeux vésical avéré, atteint de prostatite tuberculeuse, pratique le curetage de la prostate après incision périnéale.

Observation de M. Albarran

M. M..., âgé de 37 ans, est venu me consulter au mois de juin 1891 pour une fistule périnéale consécutive à un abcès ouvert chirurgicalement 6 mois auparavant.

C'était un homme présentant les apparences d'une assez bonne santé générale; il m'apprit que depuis plus d'un an déjà il éprouvait de la gêne et de la douleur à la fin des mictions, que son urine était trouble et qu'un ancien écoulement blennorrhagique avait repris, lorsqu'en novembre 1890 il avait vu tous ces symp-

tômes s'aggraver en même temps que la miction devenait plus difficile.

Il survint de la fièvre et la douleur périnéale obligea le malade à garder le lit. Pendant quelque temps on le soigna avec des bains de siège, des cataplasmes et des balsamiques, mais une tuméfaction rouge étant survenue dans le périnée, son médecin se décida à l'ouvrir. Il s'écoula du pus par l'incision et les symptômes s'amendèrent, mais le malade constata que l'urine mouillait ses pansements et lorsque la plaie périnéale se ferma peu à peu il en résulta une fistule.

Par l'examen local du malade je constatai l'existence d'une uréthrite antérieure et surtout postérieure: l'urèthre laissait passer facilement un explorateur olivaire n° 20 jusque dans la vessie. Cette exploration permettait de constater l'existence d'un léger anneau de rétrécissement au niveau du bulbe et quelques inégalités dans la prostate. La vessie contenait des urines légèrement purulentes, dans lesquelles on trouva le bacille tuberculeux; je remarquai le peu de sensibilité de la vessie au contact et à la distension puisque, sans douleur, on pouvait y injecter 250 grammes de liquide. Les reins n'étaient ni douloureux, ni augmentés de volume. L'épididyme gauche était volumineux, bosselé, manifestement tuberculeux et je découvris un petit noyau au niveau de l'épididyme droit.

Par le toucher rectal, les vésicules séminales, peu distinctes, paraissent englobés dans une masse ferme qui empêchait même de sentir d'une manière précise les limites supérieures de la prostate; en échange l'examen de cette glande éclairait le diagnostic. La prostate était en effet très tuméfiée, bosselée, irrégulière, et, dans un point on avait une sensation de mollesse, qui contrastait avec la dureté des parties voisines en pressant sur la prostate par le rectum ou faisait couler par le méat un peu plus de grumeleux.

Je me trouvai évidemment en présence d'une prostatite tuberculeuse, ayant déterminé une fistule communiquant avec l'urèthre puisqu'elle laissait passer une certaine quantité d'urine pendant les mictions.

La fistule était placée dans le périnée sur la ligne médiane à

5 centimètres de l'orifice anal ; en y introduisant un stylet, je pénétrai à peu près verticalement dans une étendue de 3 centimètres, mais n'arrivai pas à sentir l'instrument avec un doigt introduit dans le rectum. Je n'arrivai pas non plus au contact d'un béniqué introduit par l'urèthre.

Malgré la lésion épидидymaire, et l'étendue de la tuberculose prostatique je me décidai à opérer ce malade, lorsque j'eus acquis la certitude du bon état des poumons ; je pensai pouvoir guérir la fistule et le bon état de la vessie m'engageait surtout à intervenir.

Je commençai par pratiquer avec un uréthrotome l'uréthrotomie interne sur dilatation et j'introduisis dans l'urèthre un béniqué n° 46. Une incision périnéale médiane me conduisit à travers des tissus indurés dans un clapier fongueux juxta uréthral et je pus alors avec une sonde cannelée sentir nettement le béniqué introduit dans l'urèthre ; j'incisai au bistouri les parties indurées et j'enlevai avec la curette les fongosités ; pendant que je travaillai avec ce dernier instrument, je sentis tout-à-coup un petit défaut de résistance, la curette pénétra très profondément et un petit abcès qui se vida ; j'introduisis alors un doigt dans le rectum et constatai que la curette pouvait être facilement sentie. Le curettage donna issue à des fongosités et à des masses caséeuses ; je lavai largement la cavité à l'eau phéniquée forte et remplaçai le béniqué par une sonde à demeure n° 20. La plaie est lavée de nouveau et tamponnée à la gaze iodoformée. Les suites opératoires furent simples : pendant les trois premiers jours il y eut du sang dans les urines ; par la suite elles furent plus claires qu'avant l'opération. Deux mois après l'opération, la plaie périnéale était cicatrisée, le malade était dilaté aux Béniqués.

Au départ du malade, trois mois après l'opération, il urinait bien, sans douleur et ne portait pas de fistules ; par le toucher on ne sentait plus la prostate bosselée du début, mais une masse fibreuse dure et peu sensible à la pression. Pendant les suites opératoires et depuis lors le malade fut soumis au traitement créosoté à très fortes doses. J'ai eu de ses nouvelles en mai 1893 ; la fistule ne s'est pas reproduite et le canal a conservé son large calibre.

La même année dans les Wiener Klin. Wochenschrift, Zuckerkandl, publie un travail considérable sur le traitement chirurgical des abcès de la prostate, et cite l'observation d'un malade atteint de tuberculose épидидymaire à qui il curetta par la voie périnéale un abcès central de prostate et fit, de plus, la castration. Voici l'observation de ce malade :

Prostatite tuberculeuse suppurée. — Curettage de la prostate par voie périnéale. — Fistule uréthropérinéale.

F. N... journalier, 28 ans, entre à la clinique le 10 Novembre 1890. A l'examen on constate une épидидymite tuberculeuse gauche avec formation de fistules, le canal déférent du même côté est épaissi, induré. Le toucher rectal montre une prostate hypertrophiée, dure à la palpation présentant deux protubérances à droite, trois à gauche ; les vésicules séminales, sont indurées, augmentée de volume, douloureuses à la pression.

Aux deux sommets des poumons signes de tuberculose pulmonaire. L'urine est trouble, alcaline, densité 1017 ; son sédiment contient des globules purulents, des cellules épithéliales et des phosphates tribasiques. Quelques traces d'albumine.

Le 15 Novembre on met à nu la prostate par une incision faite comme dans la prostatectomie latérale de Dittel, ou énuclée le foyer tuberculeux. Le testicule malade est enlevé. On passe outre dans ce bref exposé sur les complications survenues pendant la cicatrisation ; il faut noter que en janvier 1891 apparurent des douleurs dans le rectum en même temps que de la fièvre. La prostate petite jusqu'alors devint deux fois plus grosse, sensible à la pression et fluctuante.

Le 7 février, on endort le malade au chloroforme. On incise le périnée et on fait le décollement classique du rectum, on vide

un foyer purulent siégeant au niveau de la prostate dont s'écoule une grande quantité de pus.

Les douleurs et la gêne disparurent aussitôt, mais il se fit une communication du foyer de l'abcès avec l'urèthre, car l'urine sortait par la plaie périnéale.

Il s'établit une fistule urethropérinéale accessible seulement aux sondes de petit calibre qui persista pendant quelques mois et de laquelle sortait à chaque miction quelques gouttes d'urine.

La persistance de cette fistule est à attribuer au processus tuberculeux non extirpé en totalité pendant l'énucléation.

Il faut en arriver à Marwedel (Beitrag zur clin. chirurg., 9, 1892) : « De la tuberculose de la prostate » pour avoir une étude complète de cette question.

Il nous donne une étude approfondie de la prostatite tuberculeuse dont il décrit avec le plus grand soin l'anatomie pathologique et la symptomatologie. Il montre que le traitement rationnel de cette affection est le curettage de la prostate après incision périnéale, et il conclut que les résultats de ce curettage prostatique ont véritablement une heureuse influence.

Nous donnons ici les deux observations publiées par Marwedel.

Observation. (Beitrag zur Klin. chirurgial, 1892)

Phthisie pulmonaire. — Epididymite tuberculeuse droite et gauche. — Cystite et prostatite tuberculeuse.

J. R..., 41 ans, musicien, né à Hinzwiller, entré à la clinique le 5 décembre 1891.

Atécédents héréditaires. — Père souffrant d'une affection pulmonaire, mère et frère bien portants.

Antécédents personnels. — Marié, 4 enfants en bonne santé. Il y a 4 ans, le malade a eu un point de côté à droite, qui a duré très longtemps. Jusqu'à l'affection qui l'amène à la clinique a joui d'une santé parfaite.

La maladie a débuté en juin 1891, par un gonflement du testicule droit, qui est resté douloureux pendant 8 à 10 jours et qui ensuite a disparu. Peu après gonflement du testicule gauche qui pendant longtemps fait souffrir le malade. Il remarque que les mictions sont douloureuses, il éprouve un sentiment de brûlure, de cuisson lorsque l'urine s'écoule et celle-ci est parfois sanglante. Il n'a eu ni blennorrhagie, ni syphilis. Il y a 7 semaines, après une journée de travail fatiguant, le malade ne peut uriner malgré tous les efforts qu'il fait. Il fait appeler un médecin qui le sonde. L'urine émise est presque rouge et contient de nombreux caillots sanguins épais et longs. Le lendemain et les jours suivants on pratiqué le cathétérisme et chaque fois les urines contiennent des caillots épais et longs.

Le malade est forcé de s'aliter. L'urine contient outre les caillots du pus jaunâtre en quantité variable. A la fin de chaque miction, douleur violente au niveau de l'urèthre postérieur et émission de quelques gouttes de sang pur.

Le malade est profondément anémié par ces pertes sanguines répétées; il se plaint de douleurs dans les reins. Le testicule gauche a toujours grossi de plus en plus.

Etat actuel. — Aspect pâle, anémié, muqueuses décolorées, muscles émaciés. Thorax plat, fosses susclaviculaires profondes. Points très douloureux à gauche au niveau de la sixième côte, à droite au niveau de la dixième. Percussion normale. A l'auscultation on perçoit aux deux sommets des craquements fins, une inspiration saccadée et soufflante une expiration prolongée.

Les deux testicules sont sains, petits et lisses.

L'épididyme droit présente une nodosité dure, saillante peu douloureuse à la pression. L'épididyme gauche est plus gros que normalement, il est également dur et bosselé et coiffe le testicule. A la partie inférieure du scrotum à gauche la peau est rouge et

épaissie ; il y a là une collection fluctuante qui se rattache à la tumeur épидидymaire.

Pendant la journée il s'écoule par le canal de l'urèthre quelques gouttes d'un pus épais et verdâtre, parfois du sang pur. La peau du périnée n'est pas enflammée, on ne constate ni gonflement ni rougeur, mais la pression à la partie postérieure surtout est douloureuse. Les gauglions inguinaux sont engorgés surtout à gauche.

La miction est suivie d'une douleur cuisante qui semble provenir de l'urèthre postérieur. L'urine émise est teintée de sang. Si on la laisse dépasser dans un vase on constate au fond un dépôt rougeâtre composé en grande partie de caillots sanguins. Sa réaction est alcaline.

L'examen microscopique du précipité démontre la présence de globules de pus, de sang, des cellules épithéliales, pas de cylindres ni de cellules embryonnaires. On trouve des bacilles de Koch dans le pus de l'urine.

En pratiquant le cathétérisme avec une sonde métallique on rencontre à 16 centimètres du méat un obstacle douloureux et infranchissable siégeant au niveau de la région prostatique. On essaye de le traverser avec une sonde en gomme ou avec le cathéter de Mercier et on ne peut y parvenir. On finit par introduire dans la vessie une sonde molle de Nélaton.

Toucher Rectal. — Pas d'écoulement de pus, ni d'urine par l'anus. La prostate est grosse et déborde plus à gauche, elle se laisse déprimer et n'offre pas de bosselures, elle est douloureuse à la pression. Les vésicules séminales ne sont pas atteintes.

Diagnostic clinique. — Phtisie pulmonaire. Epididymite tuberculeuse droite et gauche. Cystite et prostatite tuberculeuse.

Le 8 décembre 91, opération. Le malade est endormi au chloroforme. On s'occupe d'abord de la prostate dont le malade souffre beaucoup. On fait sur le périnée à 1 centimètre en avant de l'anus une incision semicirculaire, on lie deux petites artérioles transverses du périnée ; après section du fascia superficiel et de la couche musculaire on peut avec le doigt introduit dans la plaie arriver sur la prostate. Après l'introduction d'une sonde dans l'urèthre on

fait l'urèthrotomie externe de la portion prostatique. On peut avec le doigt mobiliser facilement la prostate de sa loge celluleuse de sorte qu'il est facile de l'extraire comme un polype avec une pince. On enlève d'abord des morceaux, et bientôt la totalité de la glande. Elle est jaunâtre.

Il existe une cavité grosse comme une noix, régulière que l'on bourre à la gaze iodoformée et l'on fait des sutures.

La température après l'opération se maintient entre 36°5 et 37°3. L'urine s'écoule par une sonde à demeure.

En 8 jours la plaie du périnée est fermée, mais il persiste une petite fistule urinaire qui laisse passer quelques gouttes à chaque miction. Le malade n'a plus de difficulté à uriner, l'urine s'écoule par l'urèthre.

L'état du patient dans les semaines qui suivent, l'opération est bon. Plus de douleur après et pendant la miction. Le toucher rectal montre à la place de l'ancienne prostate une profonde dépression, sans aucune perforation rectale. Les vésicules séminales sont restées saines.

Le malade est mort quelques mois après l'opération en présentant des sièges de tuberculose pulmonaire au troisième degré mais il ne souffrait plus du côté de ses organes génito-urinaires.

Observation Marwedel (Beitrage zur klin. chir. 1892).

Epididymite tuberculeuse gauche. — Cystite et prostatite tuberculeuse. — Fistule urinaire prostatopérinéale.

H. R. 25 ans entre à la clinique le 9 février 92. Un frère du malade a eu une phthisie pulmonaire et laryngée. Une sœur une péritonite tuberculeuse. Pas de maladies antérieures. Au mois de juin 89, il se fait une contusion du testicule gauche dont la trace disparaît après quelques jours. En faisant les grandes manœuvres en août 89 il a au niveau du même testicule un abcès qui s'ouvre de lui-même. Comme l'affection est indolente, le sujet n'interrompt

pas son service ; il persiste au niveau de l'abcès une petite fistule qui suinte peu. Au mois de novembre 91, quinze jour après un coït suspect le malade est atteint d'un écoulement urétral ; il est soigné aux injections de sulfate de zinc. Un mois environ après, il survient un gonflement considérable du testicule gauche, qui diminue sous l'influence d'application de teinture d'iode. Mais l'écoulement urétral persiste et est plus abondant, le sujet ressent une violente douleur au périnée, ou, il se forme un abcès ouvert par voie périnéale par un médecin. Plus tard on est obligé d'agrandir la boutonnière pour permettre au foyer purulent de se vider. Depuis le malade a remarqué qu'à la fin de chaque miction quelques gouttes d'urine s'échappent par la plaie périnéale.

La miction est plus fréquente mais peu douloureuse ; l'urine est trouble mais n'est jamais sanglante ; pas de constipation, pas de douleurs pendant la défécation.

Etat actuel. — Homme vigoureux, bien bâti, un peu anémié, thorax bien développé, pas de creux sus claviculaire ; percussion normale.

L'auscultation fait entendre au sommet gauche une respiration un peu soufflante, mais pas de craquements ; cœur normal, organes abdominaux intacts.

Le malade urine toutes les trois heures, l'urine est trouble, réaction acide.

L'examen microscopique dénote la présence de nombreux globules de pus, de débris épithéliaux, de cylindres et de bacilles de Koch.

La vessie et les testicules sont sains. La tête de l'épididyme gauche présente une nodosité dure, peu douloureuse à la pression, de la grosseur d'une noisette. On trouve sur le périnée à gauche de la ligne médiane, à égale distance de l'anus et du bulbe de l'urètre, un trajet fistuleux, qui laisse couler quelques gouttes d'urine. Un stylet introduit dans le trajet, se dirige vers la prostate et par le toucher rectal on en sent l'extrémité à travers la paroi intestinale.

La prostate est grosse, peu douloureuse à la pression, sans parties fluctuantes ou ramollies. Vésicules seminales normales.

Une sonde métallique, introduite dans l'urèthre, s'arrête à 16 centimètres de l'orifice et rencontre au niveau de la région prostatique, un obstacle, qui ne se laisse franchir qu'au prix de violentes douleurs. En forçant un peu, on peut faire pénétrer dans la vessie un cathéter de Mercier.

Le 13 février, le malade est endormi au chloroforme. La fistule est débridée sur la sonde cannelée ; on fait au périnée une large boutonnière qui permet d'arriver sur des granulations tuberculeuses siégeant au niveau de la prostate. On les enlève, à la curette, on injecte dans le foyer un liquide iodoformé, on tamponne la plaie à la gaze iodoformée ; on place une sonde à demeure dans l'urèthre. Sutures du périnée.

Au bout de 8 jours, on enlève les fils, les suites de l'opération sont bonnes ; il persiste une petite fistule au niveau du périnée. Guérison au bout d'un mois.

Tout récemment, le Dr Gaudier, alors qu'il était chef de clinique chirurgicale des hôpitaux de Lille, a eu dans sa clientèle privée, l'occasion d'opérer un sujet atteint de prostatite tuberculeuse, diagnostiquée bactériologiquement.

Le malade ne présentait pas de fistules au périnée, et ce point est assez important à mettre en lumière, car, jusqu'alors, les chirurgiens n'avaient suivi la voie périnéale, que guidés en quelque sorte par la fistule périneo-prostatique qui les conduisait directement sur la prostate.

M. Gaudier, en présence des bons résultats obtenus antérieurement, n'hésita pas, malgré l'absence de trajet fistuleux, à suivre la voie périnéale pour aller curetter la glande malade. Il décrit avec soin un manuel opératoire qui facilite singulièrement l'opération et qui permet de

voir la prostate au fond de la plaie, en plaçant habilement deux valves qui donnent beaucoup de jour.

Nous publions en détail l'observation du malade dont la guérison est aujourd'hui complète :

Il s'agit d'un jeune homme de 22 ans, filateur, que nous envoie le Dr Gaudier de Beauvois (Nord). C'est un garçon qui a des antécédents tuberculeux dans sa famille ; son père et son frère sont morts tuberculeux. L'affection pour laquelle il vient nous consulter a débuté il y a trois mois à peu près. En bonne santé et sans passé urétral aucun, il remarque qu'à plusieurs reprises les premières gouttes de son urine étaient teintées de sang ; il y avait aussi du sang à la fin de la miction, ce qui donnait à l'urine une teinte rosée. En même temps, il éprouvait de vives douleurs à l'anus et au méat, surtout à l'occasion de marches ou de fatigues prolongées. Au bout d'un certain temps, un mois à peu près, le sang disparut complètement ; mais les mictions devinrent plus fréquentes et impérieuses, surtout le soir ; en même temps il remarquait un léger suintement urétral, jaunâtre, plutôt séreux et que n'accompagnait aucune douleur.

L'éjaculation était douloureuse.

L'état général restait bon, et c'est à ce moment que nous le voyons pour la première fois. Après un interrogatoire minutieux, nous procédons à l'examen de ses organes génito-urinaires. Rien aux testicules, ni aux cordons. Par le toucher rectal, nous constatons tout d'abord que la prostate est volumineuse, d'une sensation élastique, un peu granuleuse ; cette augmentation de volume portant particulièrement à droite. Il n'y a aucun point fluctuant. Lorsqu'on la déprime, le malade accuse immédiatement une douleur avec irradiation urétrale. La vessie palpée entre le doigt rectal et la main hypogastrique est un peu douloureuse : elle n'est pas dilatée et la paroi manque de souplesse. Cet examen, un peu prolongé, réveille chez le malade un suintement sanguin peu considérable.

Une sonde en gomme introduite par l'urèthre dans la vessie est bien supportée, sauf au niveau de la région prostatique et du col vésical où elle réveille de vives douleurs. Il s'écoule une urine assez teintée de sang, probablement à cause des manœuvres antérieures.

L'examen des autres viscères ne nous révèle rien d'anormal, particulièrement du côté des poumons, les reins sont intacts. Je revois le malade un mois après : il a un peu de fièvre le soir, son appétit a diminué ; il n'a plus d'hématuries ; mais la défécation chez lui est très douloureuse.

Par le toucher rectal, on constate que la protaste est volumineuse, mais non fluctuante, très douloureuse.

Il n'y a pas d'empâtement périprostatique. La vésicule séminale droite est un peu bosselée, non douloureuse ; le palper vésical réveille l'écoulement sanguin.

Mais auparavant nous avons recueilli un peu de mucopus uréthral et nous l'avons fait examiner au laboratoire des cliniques de l'hôpital de la Charité à Lille. On y a constaté la présence du bacille tuberculeux.

Je proposais alors au malade une intervention chirurgicale qui consistait à aller fendre sa prostate déjà probablement abcédée à la curetter, pour éviter l'aggravation de ces lésions prostatiques.

L'examen des urines ne décèle la présence ni de sucre, ni d'albumine, il y a 22 grammes d'urée par 24 heures.

Opération le 14 février 1894.

Le malade est anesthésié au chloroforme ; nous lui passons tout d'abord une sonde en gomme n° 20 qui nous servira de guide et de repère pendant l'opération. Le malade est ensuite placé dans la position de la taille. Le rectum a été au préalable vidé par des lavements répétés.

Nous pratiquons à 1 centimètre en avant de l'anus une incision courbe circonscrivant sa moitié antérieure, et se terminant sur les côtes en dedans des tubérosités ischiatiques. Nous incisons couche par couche, un doigt de la main gauche introduit dans le rectum pour nous guider et après avoir lié quelques ar—

térioles, tâtant le fond de la plaie avec le doigt, et ayant abandonné le bistouri, nous sentons la prostate, tuméfiée, du volume d'une petite pomme d'api ; entourée de veines volumineuses.

Nous élargissons l'incision sur les côtés, et nous trouvant en présence d'une sorte de vulve, au fond de laquelle apparaît la prostate, nous faisons déprimer par deux aides la lèvre antérieure et la lèvre postérieure de la plaie, au moyen des valves de Péan, ce qui nous donne beaucoup de jour. Nous réclinons alors doucement les veines qui masquent la prostate, nous en lions deux grosses transversales, et d'un coup de thermocautère nous incisons la paroi postérieure de la glande.

Un peu de tissu gommeux, non suppuré, fait issue entre les lèvres de la plaie ; avec le doigt nous élargissons celle-ci, et nous pénétrons dans un petit abcès central d'où s'écoulent quelques gouttes de pus. Alors avec la curette de Volkmann et bien éclairés grâce à la béance de la plaie périnéale, nous curettons la prostate, en commençant par la paroi postérieure et en nous acheminant du côté de l'urèthre. C'est surtout la face postero-inférieure qui se laisse facilement curetter, et l'instrument ramène des masses gommeuses, que nous gardons pour l'examen histologique. Avec le doigt nous sentons l'urèthre au fond de la plaie, un peu en haut et à gauche, et là notre curette est conduite avec la plus grande prudence.

Nous ne cessons ce curettage que lorsque la curette ne ramène plus rien et que le tissu prostatique crie sous l'instrument.

Ce curettage s'accompagne d'ailleurs d'une hémorrhagie assez considérable que nous arrêtons par le tamponnement. Après irrigation avec la liqueur de Van-Swieten nous touchons la poche ainsi formée avec du chlorure de zinc et nous réséquons un fragment de la paroi prostatique, dénudé et flottant dans le fond de la plaie. Nous tamponnons toute la cavité prostatique avec de la gaze faiblement iodoformée, et nous drainons avec l'extrémité de cette gaze qui sort par la plaie périnéale. Nous suturons cette plaie sur les bords, ne laissant juste que l'espace

nécessaire au passage de la mèche iodoformée. Pansement maintenu par un bandage en T.

Les suites furent très simples; nous fûmes forcé de changer le pansement le soir, à cause du suintement sanguin qui s'était fait, mais le malade n'a jamais eu de température. Nous avons enlevé la mèche iodoformée le troisième jour. Les urines, sanguinolentes le premier jour, ne le furent plus tout le temps de la guérison, qui se fit en quinze jours. Dans l'intervalle d'ailleurs, nous lui fîmes selon la méthode du professeur Guyon, quelques instillations vésicales avec le sublimé.

La plaie périnéale guérit sans fistule, et quinze jours après l'opération le toucher rectal permettait de constater une sorte petit plastron au niveau de ce qui était le prostate : plastron élastique ; dépressible mais à peine douloureux. La cystite avait presque totalement disparu et le suintement urétral mucopurulent n'existait plus.

Nous avons perdu de vue ce malade ; mais notre frère qui l'a revu il y a quelque temps, a pu constater qu'il avait repris sa profession de fleur, qu'il jouissait d'un bon état général, suivant d'ailleurs toujours un traitement à base d'huile de foie de morue. Il ne souffrait plus du côté de son appareil genito-urinaire, le périnée était souple et l'éjaculation était possible.

Nota. — L'examen des masses prostatiques curettées y a fait reconnaître la présence du bacille tuberculeux. Le Docteur Gaudier de Beauvois a bien voulu nous communiquer quelques renseignements sur l'état actuel de cet opéré qui jouit d'une parfaite santé. Il n'a aucune manifestation tuberculeuse ni du côté de l'appareil génito-urinaire ni du côté des poumons. La guérison est donc radicale.

CHAPITRE II

Manuel Opératoire

1° Incision périnéale et curettage de la prostate.

L'incision périnéale peut être faite de plusieurs façons. En effet si l'on a pratiqué le plus souvent l'incision transversale prérectale ou s'est aussi dans quelques cas servi de l'incision médiane sur le raphé périnéal. Cette incision a été préconisée par M. Segond qui faisait une longue incision verticale de 4 c. 1/2 environ s'avancant près de l'anus. Mais M. Segond a pensé que pour réaliser les meilleures chances de succès l'incision devait être étendue et transversale répondant en un mot au premier temps de la taille prérectale de Nélaton.

En effet, comme nous le verrons, cette incision donne un jour considérable et des valves habilement placées permettent d'écarter suffisamment les deux lèvres de la plaie.

Quoiqu'il en soit toutes les précautions antiseptiques doivent être prises aussi bien pour l'opéré que pour l'opérateur et ses aides.

Le malade aura été purgé la veille ; trois heures avant l'opération il aura pris un grand lavement simple et immédiatement auparavant un aide ne devant pas prendre part

à l'opération se sera assuré par le toucher rectal que cet intestin est entièrement vide : s'il en est autrement, l'aide donnera immédiatement des lavements d'eau tiède qui, aidés du doigt, feront sortir toutes les matières : on achèvera le nettoyage par une irrigation rectale à la solution boricquée (30 grammes par litre). La vessie sera vidée, au moment de l'opération par un des aides.

Le malade est placé sur le bord d'un lit ou d'une table ; la partie supérieure du tronc et la tête sont modérément soulevées ; les jambes sont fléchies sur les cuisses, les cuisses sur le bassin et les membres inférieurs sont soutenus dans cette position par les mains des aides.

Le malade est endormi au chloroforme. L'on passe une sonde dans l'urèthre pour servir de point de repère une fois l'incision prostatique faite. Quelques auteurs se servent de Béniqué, mais nous croyons qu'il faut éviter de se servir d'instruments métalliques qui en passant dans la région prostatique peuvent la blesser et prédisposer à une fistule uréthrale ; nous emploierons une simple bougie en gomme que nous pourrons laisser à demeure après l'opération pour permettre au malade de vider sa vessie sans efforts.

La région périnéale étant lavée, savonnée et rasée on incise la peau suivant une ligne courbe à concavité postérieure à 2 centimètres en avant de l'anus. On commencera l'incision en dedans de la tubérosité gauche.

Le tissu cellulaire sous cutané sera incisé dans toute l'étendue de la plaie cutanée.

On incisera le sphincter anal dans ses fibres les plus antérieures et l'on pincera quelques artérioles dans l'intérieur du muscle. Il sera bon même de les lier de suite pour ne pas encombrer le champ opératoire avec des pinces.

L'incision du sphincter devra être aussi étendue que la plaie cutanée et c'est un point important.

Ceci fait, nous nous trouvons dans le triangle recto uréthral ou il est bon d'abandonner le bistouri pour les doigts ou une spatule dont le but sera de décoller le tissu cellulaire du triangle et de refouler le rectum en arrière, l'urèthre en avant ce qui permettra d'aborder la partie postéro-inférieure de la prostate.

Mais comme il faut beaucoup de jour, il est bon d'introduire dans cette plaie étroite deux valves plates à opération vaginale : l'une maintenue par un aide refoulera l'intestin en arrière, ce qui est facile vue sa vacuité ; l'autre refoulera doucement l'urèthre et le bulbe en avant. Cette petite manœuvre permettra de disséquer la région avec prudence à petits coups de ciseaux jusqu'à ce qu'on arrive sur la prostate que l'on reconnaîtra à sa forme bosselée, à sa situation et aux vaisseaux plus nombreux qui passent au devant d'elle.

Il faut avoir soin que l'aide qui tient les valves ne les enfonce que très peu pour ne pas blesser dans un mouvement intempestif la prostate malade.

Notre champ opératoire étant bien asséché et l'hémorrhagie bien faite il s'agit maintenant d'inciser la prostate et de la curreter.

Avec deux petites pinces de Museux on pourra symétriquement et de chaque côte de la ligne médiane saisir la prostate et essayer doucement de l'abaisser mais sans rien forcer pour ne pas déchirer les tissus. Puis avec le thermocautère on incisera la prostate franchement en arrière.

A ce moment, s'il y a du pus, il s'écoulera par l'incision ; s'il n'y a encore que des gommes ramollies, le tissu gommeux fera hernie au niveau de l'incision.

Le doigt indicateur droit introduit dans la prostate avec beaucoup de douceur dilatera la porte d'entrée, et essayera de se reconnaître, de limiter la cavité de l'abcès, d'apprécier l'étendue des gommes ramollies et surtout de sentir la sonde plus ou moins loin suivant l'épaisseur des tissus intacts.

Alors avec une petite curette mince on pratiquera le curettage des parties malades. Il n'y a pas de risques à courir tant qu'on se maintient du côté de la face postéro-inférieure de la prostate ; mais on redoublera de précaution en avant pour ne pas blesser l'urèthre.

On pourrait donc si les lésions s'étendent en avant se contenter de gratter avec un tampon un peu dur, ces parties malades de la prostate plutôt que de les curetter avec l'instrument tranchant. Lorsque la cavité prostatique aura été bien nettoyée il sera bon de la toucher avec du chlorure de zinc, du naphthol camphré ou de l'eau phéniquée forte que l'on portera à l'aide d'un tampon.

Ceci fait, une mèche iodoformée sera roulée par une extrémité dans cette cavité curettée de manière à produire

un peu de compression pour l'hémostase et à faire du drainage ; l'autre extrémité sortira par la plaie périnéale.

Il faudra suturer une partie du sphincter incisé et la presque totalité de l'incision tégumentaire, ne laissant passage qu'à la mèche.

Un bon pansement iodoformé maintenu par un bandage en T. sera laissé aussi longtemps que le malade n'aura pas été à la selle, suivant naturellement les indications du thermomètre.

Au bout de trois à quatre jours, il sera bon de tirer un peu sur la mèche iodoformée de manière à la raccourcir. Si le malade a été à la selle soit naturellement, soit à l'aide de lavement il faudra procéder à une désinfection complète de la région anale car le grand danger est l'infection de la plaie périnéale.

La gaze sera retirée complètement du huitième au dixième jour et l'on pansera à plat.

Il sera bon pendant toute la durée de la cicatrisation de maintenir dans l'urèthre une sonde à demeure, que l'on changera d'ailleurs quand il le faudra de manière à permettre au malade d'uriner sans efforts et de faire l'antisepsie de la vessie s'il existait de la cystite concomitante.

2° *Vésicule séminale tuberculeuse.*

Il pourrait se faire qu'au cours de l'opération l'on reconnaisse qu'une vésicule séminale est malade ; dans ce cas il serait bon d'en pratiquer l'ablation comme l'a fait

Roux de Lausanne dont nous donnons ici le manuel opératoire.

« L'index gauche introduit dans le rectum va accrocher la vésicule séminale qu'il amène facilement dans le fond de la plaie ou on la saisit dans une anse de fil.

« Une fois qu'on la tient de cette façon, on refoule avec le doigt, au fond de la plaie, sans difficulté aucune tous les tractus conjonctifs qui la fixent en haut, soit du côté de la vessie, soit en arrière et de côté, et on attire enfin avec une extrême facilité, le canal déférent sectionné dans le canal inguinal.

« On tient maintenant la vésicule par son extrémité supérieure ; le col est sectionné au ras de la prostate. »

3° *Traitement des lésions vésicales.*

S'il existait des lésions vésicales tuberculeuses, on interviendrait sur la prostate que lorsqu'elles seraient en voie de guérison. Il faudrait, au préalable, employer le traitement du professeur Guyon par les instillations au sublimé.

« La dose maniable de sublimé est de 1 pour 5000 à 1 pour 1000. Le 5000^e est certainement la dose de début. L'eau distillée bouillie est le véhicule de choix.

« Les premières installations doivent être discrètes et ne pas dépasser 20 à 30 gouttes ; mais il est presque tous les jours possible d'arriver à abandonner dans la vessie tout le contenu de la seringue, soit 4 grammes. La règle est simple, plus la douleur est vive, plus la quantité de gouttes doit être modérée.

« Pour que l'instillation ait tout son effet, il faut que
« la vessie soit vide. »

4° Traitement des lésions génitales.

Nous ne dirons qu'un mot de ce traitement. Il faudra attendre, à moins d'indications pressantes, pour voir si, sous l'influence du curettage de la prostate, les lésions ne s'améliorent pas. Si cela n'est pas, on pratiquera, suivant le cas, le curettage de l'épididyme ou la castration.



CONCLUSIONS

La voie périnéale est la seule à employer pour pratiquer l'évidement de la prostate tuberculeuse. Elle offre d'incontestables avantages sur la voie rectale.

Le curettage de la prostate par l'incision périnéale est indiqué : dans le cas le plus fréquent ou la tuberculose de la glande est accompagnée de lésions épididymaires ou de toute autre lésion de l'appareil génital.

En intervenant tout au début on empêche la généralisation du processus et l'on préserve l'appareil respiratoire.

La présence d'un foyer tuberculeux localisé au poumon ou dans un autre organe n'est pas une contre indication formelle au curettage de la prostate tuberculeuse : il faut dans ce cas prendre en sérieuse considération l'état général du sujet qui seul guidera le chirurgien.

Lorsque la tuberculose vésicale accompagne la tuberculose prostatique, il faut, avant toute intervention chirurgicale sur la glande améliorer sensiblement la vessie.

Vu : Le Président de la Thèse,

A. LE DENTU.

Vu par le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Voillemier et Le Dentu. — Traité des maladies des voies urinaires.
Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie, tome 7.
Tillaux. — Traité d'Anatomie topographique.
Paulet et Sarrazin. — Atlas d'Anatomie topographique.
Dittel. — Wiener medical Wochenschrift, 1874, 16.
Rob-Jamin. — Le progrès médical, 1882, p. 674. Caverne tuberculeuse de la prostate.
Leclerc. — Le progrès médical, 1883, p. 368. Tub. génit. urin.
Guyon. — Thèse de Guilain. Paris, 1885.
Bouilly. — Société de chirurgie. Paris, 1885, p. 576.
Segond. — Société de chirurgie. Paris, 1885, p. 530.
Guyon. — Leçons cliniques sur les maladies génit. urin., 1887.
Le Dentu. — Congrès français de chirurgie, 1889, p. 153.
Reverdin. — Annales des maladies des organes génit. urin., 1889.
Dittel. — Wiener klin. Wochenschrift, 1889, 413-458.
Roux. — Congrès français de chirurgie, 1891, p. 668.
Reverdin. — Revue médicale de la suisse romande, 1891.
Zuckerkandl. — Wiener klin. Woch. 1891, p. 504-532.
Marwedel. — Beitrage zur Klin. chirurg., 1892, p. 537.
Zinke. — Thèse de Paris, 1894.
Villars. — Annales malad. génit. urin., 1894.
Gaudier. — Annales malad. génit., urin., 1895

